



**DERIVACIÓN DE VETERANOS
(PARTE 1)**

VETERANS REFERRAL (PART 1)

OFICINA DE DSHS		TELÉFONO
NÚMERO DE CASO		NOMBRE DEL CASO

A. Marque los ítems que aplican a su caso o a la persona por quien está presentando solicitud.

- | | |
|---|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Veterano</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Viudo o Viuda de un veterano que falleció mientras estaba en servicio activo, o a consecuencia de una incapacidad conectada con el servicio a las fuerzas armadas. El viudo o viuda no se ha vuelto a casar, o si se ha casado, el matrimonio fue anulado, o fue terminado por acción legal que comenzó antes de 11-1-90.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Viudo o Viuda de un veterano que sirvió en período de guerra, quien falleció de una condición no relacionada con el servicio. El viudo o viuda no se ha vuelto a casar, o si se ha casado, el matrimonio fue anulado, o fue terminado por acción legal que comenzó antes de 11-1-90.</p> <p>4. <input type="checkbox"/> Madre/padre de un veterano quien falleció mientras estaba en servicio activo, o a consecuencias de una incapacidad conectada con el servicio a las fuerzas armadas.</p> | <p>5. <input type="checkbox"/> Niño/a, menor de 26 años, de un veterano quien falleció, o quien está discapacitado/a permanente y en forma total a consecuencia de una incapacidad conectada con el servicio.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Niño/a de un veterano quien falleció mientras estaba en servicio activo, o a consecuencias de una incapacidad conectada con el servicio. El niño o niña estaba total y permanentemente discapacitado antes de cumplir sus 18 años.</p> <p>7. <input type="checkbox"/> Niño/a de un veterano fallecido que sirvió en tiempo de guerra. El niño o niña estaba total y permanentemente discapacitado antes de cumplir sus 18 años.</p> <p>8. <input type="checkbox"/> Niño/a de un veterano fallecido que sirvió en tiempo de guerra. El niño o niña es menor de 23, no es casado/a, y asiste a la escuela tiempo completo.</p> |
|---|--|

B. Si marcó algún ítem en la Sección A de arriba, marque todos los ítems a continuación que aplican a su caso, o a la persona por quien está presentando solicitud.

- | | |
|--|--|
| <p>1. <input type="checkbox"/> Tiene impedimentos relacionados con el servicio.</p> <p>2. <input type="checkbox"/> Está incapacitado/a total y permanentemente debido a impedimentos no relacionados con el servicio, y sirvió durante un período de guerra.</p> <p>3. <input type="checkbox"/> Necesita cuidado médico.</p> | <p>4. <input type="checkbox"/> Necesita cuidado en hogar de reposo.</p> <p>5. <input type="checkbox"/> Está presentando solicitud para cuidado en-el-hogar bajo el programa COPES.</p> <p>6. <input type="checkbox"/> Necesita cuidado-en-el-hogar bajo el programa _____
(especifique).</p> |
|--|--|

C. Complete esta sección si marcó ítem/s en AMBAS secciones, A, y B.

1. NOMBRE DEL VETERANO (APELLIDO, PRIMER, SEG. NOMBRE)	2. No. DE SEGURO SOCIAL DEL VETERANO	3.No. de RECLAMO VA (SI LO SABE)
--	--------------------------------------	----------------------------------

D. Lea cuidadosamente el párrafo que sigue. Firme, feche, y devuelva el formulario a su oficina de DSHS. Si no lo devuelve, podría tener como consecuencia que le nieguen beneficios de DSHS.

Declaro que la información provista anteriormente, es correcta, verídica, y completa de acuerdo a mi leal saber y entender. Entiendo que se me podría requerir que contacte una Oficina de Servicios al Veterano como parte necesaria para el proceso de solicitud. Por medio de esta, autorizo a DSHS y a la Oficina de Servicios al Veterano para ceder la información necesaria para determinar elegibilidad para beneficios.

Si pienso que DSHS no está correcto en pedir esta información, puedo pedir por escrito una audiencia imparcial, dentro de 90 días de la fecha de esta derivación, a: Department of Social and Health Services, Office of Appeals, P.O. Box. 2465, Olympia Washington 98507-2465.

FIRMA DEL CLIENTE O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA
--	-------